

☆新型コロナウイルス感染症（COVID-19）トリアージ用問診票

記入日 （ 年 月 日）

名前 （ ） 記入者 （ ）

診察時につながる携帯番号 :

年齢（ ）体重（ ）子どもの園・学校（ ）

新型コロナワクチン接種回数（ 0 1 2 3 4回 最終 年 月 日 ファ・モデ）

基礎疾患（ ） 女性の場合妊娠の有無（有・無）

* 症状が出た日：
* 3日以内の発熱（37.5度以上） あり ・なし
（いつから 最高 現在 ）

<下記のうち症状のあるものに○をつけてください。>

咳 呼吸の苦しきさ 鼻汁 頭痛 咽頭痛 倦怠感 吐き気 嘔吐 下痢 味覚異常 嗅覚異常

発熱者 新型コロナウイルス感染症の人 濃厚接触者がいる場合
同居家族（ ） 子どもの学校・塾・保育園・幼稚園、 家族の職場

来院交通手段：徒歩 自転車 車（メーカー： 車種： 色： ）
車の場合 駐車場：第一駐車場 1 2 3 4 5 6 7 8 9 第2駐車場

月日・時刻	月日	月日	月日	月日	月日										
	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
体温 (度)															
特記事項															